Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 17 Sierpnia 1878. № 33. Rok XVII.

I. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

3) Róża.

Różę tak zwaną samoistną *(erysipelas idiopathica)* za przykładem Trousseau'a większa część autorów uważa obecnie za taką samą jak różę traumatyczną, gdyż prawie zawsze da się wykazać jakieś owrzodzenie najczęściéj nosa lub ucha, od którego ona początek bierze.

Że róża jest zaraźliwą, nie ulega wątpliwości, jednak nigdy nie staje się pospólną jak inne choroby zakaźno-zaraźliwe. Orth doświadczył zaraźliwości róży u zwierząt. (Zuelzer, Erysipelas w dziele Ziemssena II. I. 2. str. 418.)

W 23 przypadkach przekonał się, iż surowica z bąbli róży u ludzi istniejącéj, tudzież z części skóry różą dotkniętéj na zwierzęta przeszczepiona wywoływała różę u zwierząt, a krew tych zwierząt w podobny sposób była zaraźliwą. W tkaninach różą dotkniętych znajdowali Hueter, Neuveu, Wilde, Orth i Wahlberg mnóstwo prątków kulistych *(bacterium punctatum*, Ehrenberg; *microsphaera*, Cohn), szczególniéj w surowicy te tkaniny przesiąkającéj, w mniejszéj ilości we krwi. Prawdopodobnie obecności tych prątków przypisać należy zaraźliwość róży, szerzenie jéj się w nieprzerwanéj ciągłości w skórze *(per continuitatem)*, jakoteż z drugiéj strony ogólne przypady, które ona wywołuje. Z tego też powodu podług Huetera znakomitym ma być środkiem przeciw róży wstrzykiwanie podskórne kwasu karbolowego 3%. Ponieważ jednak wstrzyknięcie podskórne 1 gramu roczczynu 3% kwasu karbolowego wstrzymuje tylko różę w obszarze kilku centimetrów, dlatego tylko wtedy można się spodziewać skutku po wstrzykiwaniach, jeśli róża niewielką tylko zajęła przestrzeń tak, iż 2 — 5 strzykawek Pravaza wystarczy do zupełnego pokonania róży na całéj téj przestrzeni. Dlatego téż tylko w początku choroby można się spodziewać pomyślnego wyniku z tego sposobu leczenia. *(Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 24, 25. 1878. *Przegląd Lekarski* Nr. 30. 1878.)

4) Ostre zapalenie pęcherza moczowego.

Choroba ta często polega na fermentacyi tj. na dostaniu się zaczynów do pęcherza moczowego, które do rozwoju swego potrzebując wiele tlenu rozkładając mocznik (z przybraniem wody) na dwutlenek węgla, amoniak i czysty tlen.

$$\underset{\text{mocznik}}{C_2H_4N_2O_2} + \underset{\text{woda}}{H_2O_4} = \underset{\text{amoniak}}{2\,(NH_3)} + \underset{\text{dwutlenek węgla}}{CO_2} + \underset{\text{tlenek węgla}}{CO} + \underset{\text{tlen czysty}}{3O}\ {}^{*})$$

Czy zaczyny te dostają się do pęcherza moczowego wprost zewnątrz np. przy kateteryzowaniu, lub przy szerzeniu się nieżytu z cewki moczowéj na pęcherz *(per continuitatem)*, czy dostają się z napojami do ustroju np. przy użyciu młodego nie wystałego piwa (a więc jeszcze z zaczynem drożdżowym), czy też dostają się one w skutek przeziębienia do gruczołów potnych i do obiegu krwi, a ztąd do pęcherza moczowego, skutek zawsze jest ten sam: powstaje ostre zapalenie pęcherza m. z rozkładem moczu powyżéj wyluszczonym. Tworzenie się amonijaku zawsze katarowi i zapaleniom pęcherza towarzyszące jest więc niejako produktem ubocznym z rozwoju grzybków wynikającym. Zapalenie pęcherza moczowego często jak wiadomo powstaje w skutek przeziębienia i wtedy nazywano je dawniéj zapaleniem p. gośćcowém *(cystitis rheumatica)*, którą to nazwę analogicznie do innych zboczeń przeziębnych i dla zapalenia p. ostrego, przeziębnego słusznie można przyjąć. Młode piwo jest jedną z często wydarzających się przyczyn zapalenia pęcherza m.

Przy częstéj kateteryzacyi trudno się uchronić od wywołania ostrego lub przewlocznego zapalenia pęcherza m., gdyż zaczyny chorobowe nader łatwo z moczociągiem, albo

*) Besanez, *Lehrbuch der org. Chemie* 1860, str. 69 twierdzi, iż mocznik pod wpływem gnijących ciał rozpada się na amoniak i dwutlenek węgla tj. $C_2H_4N_2O_2 + H_2O_4 = 2(NH_3) + C_2O_4$ lecz tylko powyżéj podany rozkład odpowiada naszéj teoryi czystego tlenu wymagającéj.

z powietrzem w moczociągu zawartém dostają się do pęcherza m. Dlategoto już Traube zalecał, aby używać srebrnych moczociągów, a przed użyciem zawsze je zanurzyć w wrzącéj wodzie; elastycznych zaś nigdy drugi raz nie używać. Mosler w Pradze zauważył ostre zap. pęcherza moczowego po wstrzyknięciu doń roztworu taninu. W taninie tym postrzeżono mnóstwo drobnych grzybków.

Obecnie właśnie leczę chorego około 60-letniego mężczyznę cierpiącego porażenie pęcherza m., które jak to często w podeszłym wieku bywa od czasu do czasu się nawraca; powiększenie się gruczołu krokowego przyczynia się do trudnego oddawania moczu. Po jednotygodniowéj kateteryzacyi, gdy chory pewnego dnia sam kilkakrotnie próbował zakładać moczociąg, nastąpił silny dreszcz, a już w kilka godzin zmiana w twarzy, upadek sił, gorączka z majaczeniem; mocz stał się gęsty, brudny, mętny, podobny zupełnie do żuru lub do roztworu drożdży, amonijakalny, nadzwyczaj cuchnący; w nim mnóstwo ciałek ropy. Zadałem choremu salicylan sodowy w odwarze kory peruwiańskiéj (Rp. Decocti cort. peruv 10·00 ad 200·00 Natri salicyl. 5·00 Syr. aur. 20·00. MDS. Co godzinę po łyżce pierwszego i drugiego dnia, trzeciego dnia co dwie godziny).

Trzeciego dnia mocz zupełnie przestał cuchnąć, ale był jeszcze mętny. Ponieważ wystąpiło ogłuchnięcie, więc zaleciłem używać tylko co trzy godziny po łyżce tego samego lekarstwa, co téż chory jeszcze przez dwa tygodnie powtarzał tj. dopóty, dopóki trzeba go było kateteryzować. Trzeciego dnia gorączka i groźne przypady ustąpiły. Szóstego dnia mocz jaśniejszy przestał oddziaływać alkalicznie, pływały w nim tylko strzępki, a po dłuższém staniu nieznaczny osad na dnie się tworzył. Jakkolwiek dreszcze jeszcze raz się powtórzyły, to mocz nie przybrał więcéj cech poprzednio wymienionych, podczas gdy zazwyczaj tak bywa, iż gdy raz wśród kateteryzowania wystąpi mocz ropiasty, cuchnący, to dopóty przypad ten się utrzymuje, dopóki chorego się kateteryzuje. Jestto więc dowód, że kwas salicylowy i w tym przypadku usuwa fermentacyję w moczu, podobnie jak ją usuwa w piwie, mleku, we krwi gośćcowych. W podobny sposób wstrzykiwanie wody karbolowéj do pęcherza moczowego zapaleniem dotkniętego usuwa cuchnienie rozkładającego się moczu i robi go jaśniejszym, przeźroczystszym, czyli usuwa fermentacyję.

II. Choroby zakaźne, niezaraźliwe czyli miazmatyczne.

Różnią się tém od chorób zaraźliwych *(morbi contagiosi)*, iż zaczyny tych chorób rozmnażają się zewnątrz ustroju, podczas gdy zaczyny chorób zaraźliwych do skutecznego rozwoju koniecznie potrzebują ustroju ludzkiego, w którym jedynie rozmnażać się mogą.

5) Zimnica.

Zdaje się niepodlegać wątpliwości, że zaczyn bagienny *(malaria)* wywołujący zimnicę *(febris intermittens)* należy do wodorostów *(algae)*, którego zarodniki, w okolicach bagnistych rozmnażające się, wiatr w sąsiednie miejscowości roznosi.

Amerykanin Salisbury (Hertz: *Malariainfectionen* w Ziemssenie II, 1. 2. str. 555.) znalazł w plwocinach osób zimnicą dotkniętych komórki podługowato-okrągłe, zszeregowane, które odnosił do wodorostu „palmella", a który znalazł także na taflach szklanych nad bagnami w dolinach rzek Ohio i Missisipi. Wodorosty te umieszczone gdziekolwiek w pokoju wywoływać miały w krótkim czasie zimnicę. Fakt ten jednakże nietylko nie został przez innych lekarzy stwierdzony, ale nadto Wood stanowczo mu zaprzecza, gdyż wraz z towarzyszem swoim sypiał on po kilka miesięcy w pokojach, w których hodowano różne gatunki palmelli i połykał takowe, a jakkolwiek jest skłonny do zimnicy ani razu nie uległ w tym czasie téj chorobie. Tak więc należy jeszcze daléj poszukiwać zaczynów zimnicy. Że one bowiem istnieją, dowodzą tego nietylko codzienne spostrzeżenia dotyczące sposobu szerzenia się zimnicy, ale nadto i złogi barwikowe w narządach wewnętrznych u osób na zimnicę dłuższy czas cierpiących stale i obficie znachodzące się. Że zaczyn zimnicy także drogą gruczołów potnych dostaje się do ustroju, przemawia za tém ta okoliczność, że i w téj chorobie gruczoły potne znajdują się w stanie zadrażnienia i to silnego, gdyż jak wiadomo choroba ta odznacza się obfitemi potami, daléj ta okoliczność, którą na sobie samym kilkakrotnie stwierdziłem, iż przebywając w bagnistéj okolicy dostawałem zimnicy wtedy najczęściéj, gdy się spociłem i na spoconą skórę zadziałał wiatr chłodny, raz gdy przemokłem w podróży, raz gdy przeziębiłem się w kąpieli, innemi słowy przeziębienie sprzyja powstaniu zimnicy, co dowodzi, że i zaczyn bagienny przez prąd dośrodkowy dostaje się do gruczołów potnych i do krwi.

Z téj téż zasady wychodząc użyłem na sobie samym metody ochronnéj przeciw zimnicy, która do tego czasu wybornie mi sprzyja. Od 3 bowiem lat nagabywany byłem ciągle przez zimnicę, w skutek czego przez tygodnie i miesiące karmić się musiałem chininem. Objawy w streszczeniu były następujące: Zazwyczaj w kilka lub kilkanaście dni gdy zaprzestałem zażywać chinin lub chinidyn, występowały bóle w łydkach, późniéj w udach, bez dreszczów i bez gorączki, które tylko w pierwszych występach choroby się pojawiały. Towarzyszyło tym bólom znużenie w całém ciele, osłabienie ogólne, brak łaknienia, niewielki ból i ociężałość głowy, niewielkie powiększenie śledziony, cera charłaczna, zimnicza, w nocy poty, wreszcie przygnębienie moralne. To trwało dopóty, dopóki nowe i spore dawki chininu ($^1/_2$ — 1 grama na dzień) przez kilka tygodni używane choroby na jakiś krótki czas nie zażegnały.

Za radą Fleuryego i Moslera spróbowałem natrysku zimnego skierowanego na okolicę śledziony. W tym celu poszedłem pod tusz spadowy przy młynie urządzony, którego prąd grubości uda z wielką siłą pionowo spada. W ciągu kilkunastu takich kąpieli natryskowych dwukrotnie napady zimnicze znacznie się wzmogły a raz niemając już zimnicy przez pewien przeciąg czasu po takiéj natryskowéj kąpieli nieco przedłużonéj właśnie na nowo nią nagabnięty zostałem, tak, iż natrysków wodą stawową wyrzec się musiałem.

Powstanie zimnicy w tym razie tłumaczę sobie w ten sposób, iż zaczyn bagienny po nad stawem nagromadzony przez zbytnie oziębienie nieprzygotowanéj do tego skóry do wnętrza ustroju na nowo się dostał w sposób przy przeziębieniu opisany, albo téż, że zaczyny nagromadzone w śledzionie przez zbytnie zadrażnienie tejże do obiegu krwi wyparte zostały.

Próbowałem tedy inne środki. Arsen, sól kuchenna, środki gorzkie, pobyt w Krynicy, elektryzowanie śledziony, okłady borowinowe na okolicę śledziony stósowane sprawiały przerwę w chorobie lecz mało co dłuższą nad czas przez który środki te były stósowane.

Gdy śród niniejszéj pracy przyszedłem do przekonania, że zaczyn bagienny najprawdopodobniéj przez skórę zakaża ustrój, wtedy nasunęło mi się następujące rozumowanie: Chinin, arsen etc. etc. mogą wytępić zaczyny zimnicze, które się do ustroju dostały, mogą więc powstrzymać napady zimnicze; nie mogą jednak przeszkodzić by nowe zaczyny do ustroju się nie dostały, skoro pośród nich jest się przymuszonym żyć, niemogą więc środki te przeszkodzić, nawrotom choroby, nie można od nich wymagać więcéj, niż są w stanie zrobić. Potrzeba radykalniejszych szukać środków. Najradykalniejszym byłoby wytępienie zaczynów bagiennych, ale to jest niemożliwém, bo ich nie znamy, a niemożliwém prawdopodobnie byłoby i wtedy gdybyśmy je poznali, chybabyśmy bagna osuszyli. Gdy to pojedyńczemi siłami wykonać się nie da, nie pozostaje nic innego, jak przenieść się do okolicy, w któréj nie ma zaczynów bagiennych, albo téż uczynić ustrój nieprzenikliwym dla zaczynów bagiennych, czyli innemi słowy trzeba hartować skórę zawsze w przypuszczeniu, że przez skórę najłatwiéj wnikają zaczyny bagienne. Chwyciłem się więc

najprzód ostatniego sposobu. Podczas gdy objawy zimnicze przez chinidyn znacznie przytępione zostały, począłem używać natrysków zimnych w domu. Przy pomocy dwóch cew gutaperkowych urządziłem nad baliją natrysk jeden spadowy, drugi w górę bijący o cienkim prądzie do wysokości osoby stojącéj. Wstając i udając się na spoczynek używam natrysku przez 3 — 5 minut. Pół konewki wody źródlanéj zimnéj wystarcza do jednorazowego użycia. Od czasu natryskiwania się tj. od kilku miesięcy jestem zupełnie wolny od wszelkich objawów zimniczych, a doświadczenie to utwierdza mnie w przekonaniu, że przez skórę dostają się zaczyny bagienne, a zapewne i wiele innych zaczynów chorobowych do ustroju, tudzież, że pojęcie to jest wielkiéj wagi dla terapii profilaktycznéj.

Różnica w skutkach między natryskiem w stawie pod młynem używanym a natryskiem wody źródlanéj pochodziła zapewne ztąd, iż po pierwsze atmosfera nad stawem a może i woda jest przepełniona zaczynami bagiennemi, powtóre, iż zbyt długo trwający zimny natrysk może przemienić prąd odśrodkowy w skórze na dośrodkowy w skutek zbytniego oziębienia warstwy gruczołów potnych a wtedy wniknięcie zaczynów tem bardziéj jest ułatwione. Natrysk więc powinien być stosowany w domu, wodą nie stojącą lecz bieżącą np. źródlaną, w któréj najmniéj zaczynów bagiennych spodziewać się można, powinien dotyczyć całéj skóry a nie tylko okolicy śledziony dla tego powinien być wstępujący i zstępujący, nie powinien trwać zbyt długo, aby nie oziębić zbytnie warstwy podskórnéj gruczołowéj. W ten sposób byłaby wytłumaczona skuteczność zimnych natrysków kąpieli, obmywań w zimnicy zachwalanych przez Curriego (1805), Fleryego, Priesnitza, Moslera i innych. Skuteczność ta jak mniemam polega więcéj na zahartowaniu skóry, tj. lepszém domykaniu otworów skórnych niż na działaniu natrysków na śledzionę.

W ogóle gościec i zimnica mają kilka punktów analogicznych, obydwem sprzyja przeziębienie, oba odznaczają się obfitemi potami, oba dadzą się przerwać środkami przeciwfermentacyjnemi, lecz zaczyny goścowe niszczy w wyższym stopniu kwas salicylowy, zaczyny bagienne chinin snadniéj niż kwas salicylowy. Co się tyczy dreszczów to zdaje się, że powstają one zawsze ile razy krew zakażoną zostaje nowemi zaczynami chorobotwórczemi i tak zakażona oblewa sieć Malpighiego w skórze. (Takiego zdania jest Billroth: (*Allgem. chirurg. Path. u. Ther.* Berlin 1872, str. 397.) Czy to zaczyny są bagienne, jak przy zimnicy, czy przeziębne jak przy goścu, zapaleniu płuc, katarach, czy takie jakie odpowiadają innym chorobom zakaźnym ostrym np. płonicy, ospie etc. albo jakie odpowiadają ropnicy, gnilnicy, zawsze wywołują one dreszcz, uczucie zimna, łamania, a z tego wnosić można, że przy zimnicy tyle razy zaczyn zimniczy na nowo w ustroju samym wytwarza, lub ze śledziony do krwi się dostaje, ile razy powstaje świeży napad dreszczów, zatém w zimnicy codziennéj codziennie itp. Dalszemu rozwojowi zaczynów nie towarzyszą dreszcze, lecz gorączka, co będziemy się starali w jednym z następnych rozdziałów wytłumaczyć.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. Z Prosektoryjum szpitala powszechn. lwowskiego.

Przyczynek do kazuistyki wrodzonego ułożenia całego jelita grubego w lewéj połowie jamy brzusznéj, połączonego z wadą rozwojową kresek jelitowych.

Opisał Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego we Lwowie.

(Rzecz przedstawiona w Tow. Lek. galicyjskiém.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 32.)

Ażeby zrozumieć sposób powstawania téj nieprawidłowości, należy przypomnieć pokrótce sposób rozwoju jelit u płodu. Według Köllikera (*Entwickelungsgeschichte d. Menschen u. d. höheren Thiere* 1861, str. 359.) część przewodu pokarmowego od gardziela aż do prostnicy, t. zw. jelito środkowe (*Mitteldarm*), przebiega pierwotnie u płodu prosto z góry na dół i ma zupełnie jednakie wymiary. Około 6 tygodnia życia płodowego odcinek górny tego jelita, tj. przyszły żołądek opatrzony z tyłu krótkiém środjeliciem, zaczyna się wypukłać a wreszcie i skręcać tak, iż lewa jego powierzchnia staje się przednią, prawa tylną, a środjelicie przyczepione do zakrzywienia wielkiego, skręcone zostaje na lewo i ku dołowi; to środjelicie jest przyszłą siecią wielką. Część jelita po żołądku następująca niema środjelicia i pozostaje dlatego zawsze przy kręgosłupie z tą różnicą, że w skutek okręcenia się żołądka przybiera położenie najpierw ukośne na zewnątrz, schodzi potém pionowo na dół i wraca pod kątem prostym ku lewéj stronie i ku górze, tworząc więcéj niż połowę koła około głowy trzustki, a wreszcie przechodzi w jelito czcze. Część ukośna górna i część zstępująca są w stanie prawidłowym tylko z przedniéj strony pokryte otrzewną, dolna poprzeczna część zaś niema pokrycia otrzewną, a leży tylko pomiędzy blaszkami środjelicia okrężnego.

Następna część jelita tworzy bardzo wcześnie pętlę, któréj ramiona górne i dolne leżą blisko siebie, a która posiada z tylnéj swéj strony środjelicie, przebiegające według kręgosłupa prosto z góry na dół, szczytem zaś zwróconą jest ku pępkowi. W 6tym tygodniu tworzy się w pętli tylnéj (dolnéj), blisko jéj szczytu małe obrzmienie, późniejsza kątnica, która odgranicza już jelito cienkie od grubego. Wkrótce rozpoczyna się téż okręcenie obu ramion pętli téj około siebie, a dzieje się ono w ten sposób, iż ramię dolne przegina się najpierw na lewo, potém w górze na prawą stronę po nad ramieniem górném, które natenczas leży już poniżéj. W 3im miesiącu płodowego życia jelito grube tworzy już długi łuk, który sięga z lewéj miednicy maléj aż do żołądka i tu pokryty jest przez sieć wielką. Odróżniamy wtenczas dobrze wykształconą okrężnicę zstępującą, krótką okrężnicę poprzeczną, zaledwie po za linię środkową na prawo sięgającą i małeńką okrężnicę wstępującą, któréj kątnica leży prawie w linii środkowéj. Środjelicie (*mesocolon*), które jest wszędzie dobrze wykształcone, ułożyło się w skutek okręcenia pierwotnéj pętli w dolnéj części na stronę lewą, w górze nad jelitem cienkiém, z którém potém się zrasta; jelito zaś cienkie leży coraz liczniejszemi zwojami swemi częścią w wklęsłości łuku jelita grubego, częścią do prawo od okrężnicy wstępującéj. W 4 i 5tym miesiącu księżycowym okrężnicy wstępującéj jeszcze brakuje, wedle Köllikera bowiem okrężnica wstępująca 3go miesiąca użyta zostaje do przedłużenia okrężnicy poprzecznéj, a kątnica leży w tym czasie w prawém podżebrzu pod wątrobą (wedle Treitza okrężnica poprzeczna i wstępująca równocześnie się powiększają). Dopiero w drugiéj połowie życia płodowego schodzi okrężnica wstępująca powoli ku jamie biodrowéj prawéj od podżebrza prawego (wedle Treitza na dół i na prawo od przyczepienia swego w 3cim miesiącu płodowym, Treitz *Hernia retroperitonealis* 1857, str. 116.). Jakkolwiek bądź, jelito grube przyrośnięte do górnéj części otrzewny jelita czczego, pociąga schodząc ku dołowi do jamy biodrowéj prawéj i kreskę jelita czczo-biodrowego do kątnicy, widzimy więc w stanie prawidłowym kreskę jelit cienkich uczepioną do tylnéj ściany brzusznéj pod trzustką i schodzącą i ukośnie od góry i lewéj strony na dół i w prawą stronę ku kątnicy. Położenie jelit wzajemne zależy więc głównie od okręcenia, jakiego doznają

ramiona pierwotnéj pętli jelitowéj w wczesnym już okresie życia płodowego, a które zależy nie tyle od warunków mechanicznych (jak okręcenia sznurka pępkowego także od strony lewéj ku prawéj), ile zapewne i od szczególnych zjawisk wzrastania jelit, jakie tu mają miejsce (Kölliker).

Co się tyczy sieci wielkiéj, to ta w 2gim miesiącu przedstawia wzdłuż zakrzywienia wielkiego żołądka małą listewkę, która w 3cim miesiącu ma już szerokość połowy żołądka. Skoro okrężnica poprzeczna jest już wykształconą i sięga do linii środkowéj (również w 5im miesiącu), sieć wielka pokrywa takową, lecz nie zrasta się z nią; dopiero później zrasta się tylna blaszka sieci wielkiéj z górną blaszką śródjelicia poprzecznego i z samą okrężnicą poprzeczną.

Wracając po tém zboczeniu do naszego przypadku, widzimy, że jelito same jest zupełnie wykształcone i prawidłowo długie, uderzają jednak w niém następujące zboczenia od stanu prawidłowego: *a)* nieprawidłowy rozwój i ułożenie dwunastnicy, *b)* brak okręcenia prawidłowego jelita grubego w około i nad jelitem cienkiém, a stąd lewostronne rozwinięcie się całego jelita grubego i *c)* nieprawidłowy rozwój kresek jelitowych.

Treitz (l. c. str. 125 — 136) opisując 4 przypadki, mniéj lub więcéj podobne do naszego (z których 2 przypadki pochodzą z Krakowa, a to 1 tyczący się kobiety 58-letniéj zmarłéj w szpitalu św. Łazarza dnia 11 stycznia 1852, a 2gi z kliniki prof. Bierkowskiego, dotyczący dziecięcia 3-miesięcznego zmarłego dnia 24 listopada 1854 r.), zwraca i słusznie szczególniejszą uwagę na stan dwunastnicy. Takowa wykształca się, jakto widzieliśmy, bardzo wcześnie, bo już w 2gim miesiącu płodowego życia, tworząc zakrzywienie szczytem skierowane na prawo i ku tyłowi. Zakrzywienie to wyjaśnia jednak Treitz w sposób następujący (str. 132): Jelito płodowe jest w miejscu, w którém zaczyna się początek jelita czczego, silniéj przyczepione do tylnéj ściany brzusznéj, na co już J. Müller zwrócił uwagę, Treitz zaś wykazał, że przyczepienie to odpowiada właśnie mięśniowi wieszadłowemu dwunastnicy, o którym powyżéj wspomnieliśmy. Część jelita pomiędzy żołądkiem a jelitem czczém nieposiada jak wiemy kreski, leży więc po za otrzewną bezpośrednio na tętnicy głównéj. Skoro więc część ta zacznie wzrastać i przedłużać się, musi ona pozostać między dwoma stale umocowanemi punktami a od tyłu przyparta do ściany brzusznéj wypuklać się ku przodowi, późniéj zaś dopiero obejmując głowę trzustki występuje szczytem skrzywienia na prawo. Od ustalenia zatém początku jelita czczego przez mięsień wieszadłowy zależy długość i kształt dwunastnicy. Jeżeli bowiem zabraknie mięśnia tego, dwunastnica nie może się rozwinąć, jakto ma miejsce w przypadku Treitza A., w którym właściwie niema dwunastnicy, a jelito od odźwiernika przechodzi pionowo w jelito czcze, opatrzone od samego żołądka kreską. Jeżeli zaś mięsień wieszadłowy leży za głęboko i ku prawéj stronie, to dwunastnica, jakto ma miejsce w naszym przypadku, staje się za długą, a wtedy zamiast kształtu podkowy tworzy zakrzywienie esowate i wychodzi przed nerką i z prawéj jéj strony w jelito czcze. W takich przypadkach nie może jednak jelito grube dokonać swego okręcenia na prawą stronę, napotyka bowiem nie jelito przytwierdzone do kręgosłupa, lecz jelito wolne, tak, że brakują warunki mechaniczne do przyczepienia się jego i przejścia na prawą stronę; lub też jelito grube nie może wcale dosięgnąć zakrzywienia dwunastniczo-wo-czczego, ponieważ ono samo przesunięte jest jak najbardziéj ku stronie prawéj, to jest, zakrzywienie pętli jelita grubego nie wystarcza, ażeby tylny koniec tego łuku tj. kątnicę przeprowadzić. Jelito grube zostaje zatém na stronie lewéj od jelita cienkiego w takiém położeniu, jakie miało w 3cim miesiącu życia płodowego, a późniéj dopiero kątnica zsuwa się w skutek wydłużania jelita grubego, a po urodzeniu i w skutek ciężaru swego ku dołowi, jakoteż tworzą się pogięcia jelita grubego pod żołądkiem i śledzioną, jak w naszym przypadku.

Spostrzeżenia te Treitza widzimy i w naszym przypadku i innych, jak np. Grubera (I przyp.), wybitnie występujące, tak że wadę rozwoju dwunastnicy należy w takich przypadkach niewątpliwie uważać jako bardzo ważny, a może jedyny czynnik do rozwinięcia się podobnéj wady rozwojowéj, jak w opisanym przypadku.

Z tego, cośmy powyżéj powiedzieli, wynika, że zmiany z któremi mamy do czynienia w naszym przypadku wytworzyły się w okresie 3go i 4go miesiąca księżycowego, poczém i nadal rozwinęły się do tego stopnia, w jakim je napotkaliśmy. Za tém przemawia bowiem to, że jelito grube leżało już całkowicie z lewéj strony jamy brzusznéj, lewa połowa okrężnicy poprzecznéj była już utworzoną i sięgała już nieco po za linię środkową na prawą stronę jamy brzusznéj; sieć wielka, która w 4tym miesiącu zaczyna zrastać się z śródjeliciem i okrężnicą poprzeczną, uczepiła się już do okrężnicy wstępującéj, co dowodzi, że takowa zaczęła się rozwijać; zrosła się jednak w sposób nieprawidłowy i z dwunastnicą, kreską wspólną jelita cienkiego i częścią okrężnicy wstępującéj, śledzioną i boczną lewą ścianą brzuszną, co wyklucza z drugiéj strony dużo późniejszy okres wytworzenia się téj nieprawidłowości.

Przypadki podobne do naszego opisuje Neugebauer (Caspers *Wochenschrift* 1850, Nr. 38 i 39), Treitz, z którego 4 przypadków najbardziéj zbliżony do naszego jest przypadek A, Gruber (przyp. I *Bullet. de l'Academie des sc. de St. Petersbourg* 1862 T. V, Nr. 2), przypadek bardzo podobny do naszego. Podobne przypadki, jednakowoż z równoczesną wrodzoną przepukliną pępkową opisują Mery (1716), Sandifort (1777) i Meckel (*Handb. d. pathol. Anatomie I*), prócz tego zaś opisuje prof. Fleischmann (*Leichenöffungen* spostrz. 16 i 24) 2 przypadki położenia kątnicy z lewéj strony, które jednakowoż tu nie należą, gdyż w obydwu przypadkach okrężnica poprzeczna i zakrzywienie wątrobowe (*flexura hepatica*) były prawidłowo ułożone. Wszystkich więc przypadków takich bez powikłań znanych jest w piśmiennictwie 5 (z tego 3 z Krakowa), a powikłanych z przepukliną pępkową nadto 3 przypadki; od ostatniego zaś przypadku Grubera w r. 1862 nie został żaden nowy tego rodzaju opisany, co usprawiedliwia dostatecznie naszą uwagę, że przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie.

Prócz opisanych nieprawidłowości spotykamy jednak, podobnie jak to ma miejsce w przypadkach Treitza A i B i w Grubera przypadku I, zupełnie odmienne od prawidłowych stosunki kresek jelitowych, które stoją po części w pewnym związku rozwojowym z poprzednio omówionemi zmianami. Zmiana ta kresek, którą powyżéj dokładnie opisaliśmy i podobne, polegają wedle prof. Grubera na zlaniu się wszystkich lub niektórych części kresek jelitowych w mniejszą ilość, które cechują się nadmierném rozwinięciem w porównaniu z częściami takiemiż kresek prawidłowych. Zlanie się zaś takie kresek polega na pozostaniu kresek w pewnym stopniu rozwoju płodowego. Prof. Gruber, dla którego wady rozwojowe kresek stanowią od dawna przedmiot poszukiwań, ze-

brał też w r. 1862 wszystkie odnośne przypadki z własnego doświadczenia i z obcych spostrzeżeń i ułożył (*Archiv. f. Anatom., Physiologie u. wissenschaftl. Medicin* 1862 str. 606 i 607) zestawienie wszystkich znanych przypadków tego rodzaju, od najbardziéj wczesnego do coraz późniejszego wstrzymania rozwoju płodowego kresek. Szereg ten uzupełniamy przypadkami późniéj jeszcze przez Grubera (w r. 1864 i 1865) podanemi i naszym przypadkiem i pozwalamy sobie podać takowe raz, ponieważ dają treściwy pogląd na wszystkie stopnie zmian tych, a powtóre ponieważ obejmują i całą literaturę tych przypadków; od r. 1865 nie został bowiem, o ile mi wiadomo, również żaden podobny przypadek opisany.

Zestawienie to będzie więc obecnie następujące:

a) przy jelicie pozostałém w bardzo wczesnym stopniu rozwoju:

1) kreska wspólna dla całego jelita, przyczepiona w linii środkowéj tylnéj ściany brzusznéj Cabrol, Bellet, Dionis (W Meckla *Handb. d. path. Anat.* T. 1, 1812 str. 519. C. Rokitansky *Lehrb. d. path. Anat.* S. 183. Förster *Missbildungen d. Mensch.* 4. str. 122.)

b) przy jelicie mniéj lub więcéj wykształconém:

2) Kreska wspólna dla całego jelita, przyczepiona w linii środkowéj, Cruveillier (*Dict. de Med. et. Chirg. prat.* Tom I. 1829, abdom. str. 67.) Gruber przyp. 6 (z r. 1864). (*Archiv. f. Anat. Phys. u. wissensch. Medic.* 1864 str. 484).

3) Kreska wspólna dla całego jelita, przy podniesionéj już okrężnicy zstępującéj, Gruber przyp. A. IV. (l. c. 1862, str. 589).

4) Kreska wspólua dla całego jelita, przyczepiona gzygzakowato, przy lewostronném ułożeniu i podniesieniu całéj okrężnicy, Treitz przyp. A. (*Hernia retroperitonealis* 1857 str. 126.)

5) Kreska wspólna dla jelita cienkiego i grubego aż do okrężnicy zstępującéj, Treitz przyp. B. (l. c. str. 127). Gruber przyp I. (*Bullet de l'Acad. Imp. des sc. de St. Petersbourg* 1862. T. V, 2 p. 49). (przy przewrotném położeniu wszystkich trzew Gruber 1865) (*Arch. f. Anat. Phys. u. wisensch. Medic.* 1865 str. 558).

6) (nowy numer) Kreska wspólna dla jelit cienkich, okrężnicy wstępującéj i prawéj połowy okrężnicy poprzecznéj, Gruber przyp. 5, 1864 (l. c. str. 482).

7) kreska wspólna dla jelit cienkich i okrężnicy wstępującéj z kątnicą, Rokitansky (l. c. III. str. 189), Gruber przyp. B. (V) (l. c. 1862 str. 595). Gruber przyp. 4, 1864 (l. c. 1864 str. 480); przy lewostronném ułożeniu całego jelita grubego nasz przypadek.

8) Kreska częściowo istniejąca wspólna dla jelita cienkiego i okrężnicy wstępującéj z kątnicą (Gruber i inni.)

9) Śródjelicie okrężnicy wstępującéj (Gruber i inni).

Co do czasu, w jakim rozwój kreski jelita cienkiego w naszym przypadku powstrzymanym został, to takowy ograniczyć należy do 3ciego miesiąca księżycowego tj. kreska pozostała w takim stanie, w jakim ją zostawiła część dolna pętli, usuwając się ku stronie lewéj i skręcając pod żołądek, z tą tylko różnicą, że rosła ona w wysokości i szerokości w miarę wzrastania jelit cienkich. Podstawa części kreski płodowéj należąca do górnéj części pętli pierwotnéj pozostała i dla przyszłego jelita cienkiego, i tu widzimy, podobnie jak w przypadkach Treitza A, C i D, wadę rozwojową polegającą na podwójném śródjeliciu z lewéj strony kreski, podczas gdy w przypadkach innych, w których kreska płodowa części środkowéj staje się po wielkiéj części i kreską jelita grubego, z niém razem przesuwa się z lewéj strony ku prawéj i na dół aż do kątnicy i przyrasta silniej do ścian brzusznych, a w ten sposób oddziela się od kresek jelit cienkich, znajdziemy tylko jedno śródjelicie możebném i wytłumaczoném. (Gruber (l. c. 1862 str. 600, Treitz przyp. B. i E.)

Jeżeli z przypadków lewostronnego ułożenia jelita grubego, powyżéj przytoczonych, wykreślimy te, które nie były równocześnie połączone z wadą rozwojową kresek jelit cienkich taką jak w naszym przypadku, jakoto: przyp. Neugebauera, Treitza C i D, Meryego, Sandiforta i Meckla, to pozostaną tylko przypadki Treitza A i B, przypadek Grubera I. i nasz, razem więc tylko 4 znanych dotąd przypadków, w których obok zmian rozwojowych dwunastnicy i lewostronnego ułożenia jelita grubego, nadto i kreska przedstawia wadę rozwojową, mianowicie jest do pewnéj części wspólną dla jelita cienkiego i grubego.

O ile pozostanie takie jelit na stopniu niskim rozwoju i ułożenie takie wywiera za życia wpływ na wypróżnianie, trawienie i stan ogólny człowieka, dotychczas mało wiemy. Treitz jednak (l. c. str. 135 i 136) zauważa, że przypadek A. zdarzył się u choréj umysłowéj, a w przypadku D, który obserwował prof. Bierkowski, istniały wymioty po jedzeniu, złe odżywienie, niedokrewność, konwulsyje i napady padaczkowe, które wytłumaczyć można zastoinami brzusznemi i rozkładem treści jelitowéj; sekcyja wykazała bowiem w jelicie grubém ogromną ilość gazów i masy papkowéj cuchnącéj zgnilemi rybami. W naszym przypadku chory był miernie odżywiony, za krótko jednak i już w stanie konającym był on w szpitalu, tak że zapisków odnośnych niema wcale. Jak przy sekcyi jednak widzieliśmy, jelito grube było nadmiernie kałem i gazami rozdęte a przechodzenie treści bardzo było utrudnioném, tak że za życia łatwo mogło powstać gwałtowne zatkanie i zwykłe potém następstwa. Z osadzenia podstawy kreski na bardzo małéj przestrzeni, a ztąd wielkiéj ruchliwości jelit cienkich wynika nadto, na co Rokitansky (l. c. str. 189) zwraca uwagę, niebezpieczeństwo okręcenia się jelit około siebie lub kreski około swéj osi, a takie przypadki zdarzać się mogą nawet u płodu i stać się przyczyną częściowego braku przewodu pokarmowego (str. 182).

Co się wreszcie tyczy możliwego rozpoznania takiego ułożenia jelit, to wspominamy tylko, że Treitz przypisuje wielkie znaczenie zstępywaniu jąder lub jajników dla obniżania się prawidłowego kątnicy, co udowadnia przypadkami i doświadczeniami na płodach czynionemi (l. c. str. 137). Ponieważ więc przy ułożeniu kątnicy z lewéj strony zadanie obniżania i pociągania za sobą kątnicy przypadnie zmarszczce płciowo-jelitnéj (*plica genito-enterica*) i jajowodowi lewemu, i takowe schodząc ku dołowi będą miały większy opór do przezwyciężenia, niż z prawéj strony, przeto i macica w takich przypadkach zdaniem Treitza musi być również ku stronie stale przechylona. W wątpliwych więc przypadkach mogłoby takie położenie macicy być rozstrzygającém dla rozpoznania lewostronnego ułożenia jelit grubych.

Zacnemu Koledze Drowi Henrykowi Mehrerowi, który łaskawie uskutecznił wedle natury rycinę do méj rozprawki, składam kończąc serdeczne podziękowanie.

III. Rana otrzewnéj.

Podał Dr. Adolf Goldhaber w Mielcu.

Dnia dwudziestego czerwca przyjechał po mnie pędem posłaniec z dworu w P. żądając natychmiastowéj pomocy dla dziewki przez byka pobodzonéj. Porwałem torbę z narzędziami i w 10 minutach byłem na miejscu.

W stajni na słomie zastałem 25-letnią Katarzynę N. zupełnie omdlałą i krwią zbroczoną.

Z jamy brzusznéj wysterczają przez obszerną ranę jelita i skrzepy krwi a przy bliższém rozpatrzeniu spostrzegłem dwie tętnice strzykające, które w téj chwili katgutem podwiązałem.

Następnie urządziłem w oficynach stół operacyjny i odpowiednie łóżko, poczém chorą dokładnie zbadawszy znalazłem następujący stan obecny:

Od górnego odcinka szpary sromowéj rozpoczyna się rana darta, która przebiega na 12 centimetrów ku górnemu kolcowi lewej kości biodrowéj a ztąd poprzecznie pod pępkiem a nieco skośnie ku górze na 21 centimetrów, tak że te dwie rany się schodzą w okolicy biodrowéj pod nieco zaokrąglonym kątem. Rana ta obejmuje skórę, mięśnie a w okolicy biodrowéj i otrzewnę i daje się płat wytworzony przez skórę i mięśnie odwinąć.

Otrzewna nieregularnie rozszarpana, a przez tę ranę wypadła pętla jelit wielkości sporéj pięści zupełnie skrzepami pokryta i słomą zanieczyszczona. Wydobyłem najprzód skrzepy, oczyściłem jelita nieco ogrzanym kwasem karbolowym jednoprocentowym i przekonałem się, że w jednym punkcie było jelito cienkie poprzecznie przecięte, założyłem szew Joberta i działając ciągle w mgle 1% kwasu karbolowego wcisnąłem jelita napowrót do jamy brzusznéj, co jednak dopiero po zespojeniu otrzewnéj zupełnie się udało. Tak jelito jak otrzewnę zespojono katgutem; następnie zeszyto górną ranę także katgutem i mimo woli w miejscu rozszarpanéj a zespojonéj otrzewny dostała się i takowa w szew, ranę zaś dolną musiałem zeszyć jedwabiem, bo mi zapas katgutu nie wystarczył; od górnego najwyższego kąta rany przeprowadziłem nieco skośnie ku dołowi dren długi a na całą ranę założyłem oprawę Listra. Podczas zeszywania podano rannéj trochę wina i takowa się wnet potém ocuciła.

Zaleciłem lewatywę z dodaniem olejku rącznikowego i zupełny spokój.

Wieczorem C. 38·2, t. 116. Po lewatywie był skutek natychmiastowy. Chora żali się na silny ból brzucha, którego się dotknąć nie można. Mocz zatrzymany cewnikiem upuściłem. Pragnienie znaczne, oprawa nie przesiąknięta. Chora niechętnie mówi, na twarzy maluje się ciężkie cierpienie, od czasu do czasu czkawka. Zaleciłem makowiec co pół godziny po 0·02 na dawkę.

21/6 chora w nocy trochę spała. C. 38·3 t. 108. Język biały, czkawka się utrzymuje; opatrunek przesiąknięty zdjęto. W okolicy biodrowéj lewéj stłumienie na szerokość dłoni; brzuch wzdęty bolesny, najwięcéj w miejscu stłumienia. Płyn przechodzi przez dreny. Mocz upuszczono cewnikiem, chora od trzech dni miesiączkuje, przeto na cewniku trochę krwi.

Zaleciłem makowiec co 2 godzinny 0·02, trochę czarnéj kawy, kleiku, a jako napój wodę lodową po łyżeczce.

W południe ciep. 38·1, tętno 115, stan ten sam, tylko chora nieco rozmowniejsza. Powiada, że przystąpiła do byka aby go uwiązać, a tenże zawsze łagodny, nagle się na nią rzucił, szarpnął rogiem od dołu, podniósł w górę a potém na bok odrzucił, co daléj się stało nie wie, bo przytomność odzyskała dopiero na stole operacyjnym.

Teraz mogłem sobie powstanie rany wytłumaczyć. Zwierzę wbiło róg w górny odcinek szpary sromowéj a podnosząc chorą na rogu w powietrze, zadało ranę skośno ku górze i lewéj stronie przebiegającą, a nagłém odrzuceniem choréj na prawo wywołało ranę poprzeczną. Że w okolicy biodrowéj lewéj róg niejako spoczywał, kiedy się zwierzę do drugiego zamachu przysposobiało, przeto w tém miejscu rana najgłębsza, bo przerwala się otrzewna a nawet i jelito się nadwerężyło.

Wieczorem C. 38·5 t. 112, opatrunek nie przesiąknięty, czkawka ustała, pragnienie mniejsze.

22/6 chora w nocy dobrze spala C. 37·1 t. 92, opatrunek przesiąknięty zdjęto, brzuch znacznie mniéj wzdęty i bolesny, stłumienie w jednéj mierze się wstrzymuje, płyn przez dreny przechodzący wyprowadza trochę ropy. Chora żąda jedzenia. Zalecono pięć razy dnia kleik, zaś żadnych lekarstw.

Wieczór C. 38·7 t. 100 opatrunek nie przesiąknięty odwilżono rozpylaczem, chora moczu jeszcze sama nie oddaje; takowy jest mętny, zawiera trochę śluzu. Okolica męcherza nieco przy ucisku bolesna. Zaleciłem dwuwęglan sodowy z morfinem.

23/4 Chora w nocy źle spała, czuła ból nad męcherzem, mocz oddawała kilka razy ze silném parciem i pieczeniem C. 38·6 t. 120, mocz mętny oddziaływa obojętnie, przy zagotowaniu woń amonijaku. Opatrunek przesiąknięty zmieniono. Brzuch jeszcze nieco wzdęty, w okolicy stłumienia i męcherza moczowego bołesny. Stłumienie w jednéj mierze. Kwas karbolowy drenem przestrzyknięty kilka kropel ropy przeprowadza; dren przy przesuwaniu ból sprawia, przeto dren u s u n ą ł e m.

Brzegi rany katgutem zespojone ładnie zlepione, nie tak dobrze brzegi jedwabiem zespojone; z powodu obawy aby szwy nie przedarły się, musiałem je odjąć a brzegi rany dolnéj przybliżyłem do siebie plastrami.

Stan ogólny: niespokój, pragnienie, zalecono nadal dwuwęglan sodowy z morfinem. Wieczór C. 37·9 t. 100, ból nad męcherzem mniejszy, parcie na mocz ustało, mocz jeszcze mętny. Morfin ze sodą.

24/6 c. 37·3 t. 84. Mocz czysty, parcie ustało, chora dobrze spała. Nad ranem był stolec obfity. Brzegi rany dolnéj mimo przylepca zupełnie się rozszerzyły i odstają na 1½ centimetra od siebie, ropienie nieznaczne.

Odtąd stan zupełnie dobry, chora odzyskuje apetyt, stłumienie znika z dnia na dzień, tylko rana od dołu ku kości biodrowéj zaczyna się brodawkami wypełniać, a wszelkie usilowania, aby brzegi rany do siebie przybliżyć na niczém spełzają, co po części można przypisać niespokojności choréj, która często nogą lewą rusza. Z téj przyczyny pozostawiłem dnia 1 lipca ranę w zwykłym opatrunku (skubanka w kwasie karbolowym maczana) pozostawiając zrośnięcie się rany ziarninom.

Stan w dniu dzisiejszym (9 lipca): od okolicy szpary sromowéj ku górze i lewéj stronie aż na 4 palce od kolca kości biodrowéj znachodzi się rana ziarniną pokryta, od brzegów się zabliźniająca, jeden centimetr szeroka a 9 centim. dluga, od górnego brzegu téj rany nieco w półkolu a potém skośnie pod pępkiem ku górze przebiega na drugą stronę żywota blizna nieregularna świeżo wytworzona, różowo zabar-

wiona. Z obydwu stron blizny pojedyncze małe blizny wielkości główki od szpilki, parami nad blizną środkową ułożone. Żywot nie okazuje nigdzie ani bolesności ani wzdęcia lub stłumienia. Ciepłota ciała prawidłowa, chora ma dobry apetyt i ma się zupełnie dobrze. W celu przyspieszenia gojenia się zaleciłem kąpiele nasiadowe i dalsze pozostanie w łóżku, aby przez chodzenie nie zadrażnić.

Godnemi uwagi są wszelkie następstwa tak rozległego i różnorodnego zranienia, jakie w powyższym przypadku widzimy.

Rozdarcie jelita i rozległe rozsszarpanie otrzewnéj, połączone z tak wielkiém zranieniem ścian brzusznych przeszło prawie bez oddziaływania; chora nie gorączkowała, a zapalenie otrzewnéj było tak ograniczone i o małych rozmiarach, że tu prawie wcale w rachubę nie wchodzi. Świetny ten wynik przypisuję tylko oprawie Listra, a to tém bardziéj, że część rany zespojona katgutem pięknie się zagoiła, podczas gdy brzegi drugiéj rany zespojone jedwabiem, zupełnie się rozeszły i wyzdrowienie opóźniły.

Oprawy używałem podług pierwotnego podania takowéj przez autora, składającéj się z protektive, gazy karbolowéj, makintoshu i gazowéj opaski. Szyłem katgutem a gdy mi go zabrakło musiałem jedwabiem dokończyć.

Po zespojeniu rany miałem wewnątrz torbę w kształcie trójkąta; obawiając się zatrzymania ropy przeprowadziłem dren, który spoczywał na otrzewnéj pęcherza, gdy zaś zadrażnienie pęcherza powstało, musiałem sączek usunąć. Zadrażnienie to przemawia za nadzwyczajną czułością pęcherza.

Nakoniec wypada namienić, że ze strony chlebodawcy Katarzyna N., zwykła wiejska dziewczyna, była otoczona taką opieką, o jakiéj chory tylko w pierwszorzędnym zakładzie leczniczym marzyć może, co nie mało się przyczyniło do szczęśliwego wyniku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. B. Kuessner w Hali: Cirrhosis hepatis.

Nie wdając się w szczegóły anatomo-patologiczne dokładnie omówione przez autora w niniejszéj rozprawie, zwiększającéj cenny zbiór odczytów wydawany od lat kilku pod redakcyją Volkmanna, zwłaszcza, że szczegóły te mają głównie na celu uzasadnienie znanego już pojęcia marskości wątroby jako zapalenia śródzrazikowego wątroby z przebiegiem przewlocznym (*Hepatitis interstitialis chronica*, Bamberger), nie mogę jednakowoż pominąć milczeniem w krótkiém mém sprawozdaniu niektórych cennych uwag autora pod względem dyjagnostycznym, a jeszcze bardziéj terapeutycznym.

Postępując za przykładem wszystkich autorów niemieckich rozróżnia autor dwa okresy cierpienia tego, zawdzięczającego swe powstanie niemal zawsze nadużyciu napojów wyskokowych, tj. pierwszy okres zwiększania się wątroby i drugi okres zaniku tego narządu. Rozpoznanie w wydatnych przypadkach marskości wątroby nie należy wcale do trudnych zagadnień na polu dyjagnostyki, jednakowoż zdarzyć się mogą przypadki mogące sprawiać trudności w rozpoznaniu nawet najbieglejszemu klinicyście. W okresie pierwszym cierpienia należy pamiętać przy ropoznawaniu ściślejszém: 1) o zwyrodnieniu tłuszczowém i klejniowém (dokładne wywiady pod względem ajtijologicznym i częstokroć przedsiębrane badania powierzchni i przedniego brzegu wątroby rozstrzygają wątpliwość), a 2) o nowotworach, szczególniéj zaś raku wątroby. W przypadkach należących do ostatniego rzędu wyczuć można zazwyczaj guzy bolesne zwiększające się w krótkim czasie. „*Hepar lobatum ex syphilide tardiva*“ cechuje się datami anamnestycznemi, zmianami pokrewnemi i przebiegiem. 3) Powiększenie wątroby na tle białaczkowém (*Leukaemia*) zbyt jest charakterystyczném w obec badania drobnowidowego krwi, aby pod tym względem mogła powstać jakakolwiek wątpliwość, którą w każdym razie dalszy rozwój cierpienia usunąć musi.

W okresie zaniku wątroby skutkiem ściągania się bliznowatego pasemek przerosłéj tkanki łącznéj międzyzrazikowéj trudności dijagnostyczne są jeszcze mniejsze, a dokładna obserwacyja chorego, zbadanie szczegółowe, czy nie ma zwłaszcza jakiéj wady sercowéj (*Hepar muscutulatum atrophicum)* usuwa wszelkie wątpliwości. Powiększenie śledziony obok zaniku wątroby, cera brudno-żółta chorego, nagromadzenie się płynu surowiczego w jamie otrzewnéj i następowa dopiero puchlina odnóg dolnych stanowią wybitne przypady przemawiające za marskością wątroby. Zatorowanie większych przewodów żółciowych sprowadza również po dłuższém czasie zanik wątroby, ale brakuje wówczas obrzęku śledziony i puchliny brzusznéj, żółtaczka zaś dosięga wysokiego stopnia. Zapalenie żyły wrotnéj (*Pylephlebitis adhaesiva*) zdarza się bardzo rzadko i przebiega szybko.

Co do zabiegów terapeutycznych należy przedewszystkiém pamiętać o ajtijologii cierpienia i zabronić używania napojów wyskokowych, uregulować dyjetę, a przeciw bolom w okolicy wątroby (*perihepatitis*) pojawiającym się w pierwszym okresie choroby zalecić kataplazmy obok miernego upustu krwi szczególniéj „*ad anum*“. *Amara et stomachica* podtrzymują apetyt i trawienie, żelazo, chinin, u Anglików salmiak i ipekakuana są również zalecane jako środki wywywierające wpływ zbawienny na nawały krwi do wątroby. Środki przeczyszczające, szczególniéj solne, które chłoną wodę i pobudzają wydzielanie, zasługują na baczne uwzględnienie obok lawatyw letnich. Z pomiędzy wód mineralnych cieszą się największém uznaniem ze względów co dopiero przytoczonych: wody karlsbadzkie, marienbadzka, Kissingen itd.

Trudniejszém jest zadanie lekarza praktycznego w późniejszych okresach cierpienia, a to tém bardziéj, że nie znamy dotąd środków powstrzymujących zanik wątroby skutkiem ściągania się pasem tkanki łącznéj wybujałéj, zadowolić się przeto należy, jeżeli nastąpi dobrowolny przestanek w rozwoju cierpienia, lub jeżeli nam się uda usunąć zboczenia następowe. Anglicy i wówczas zalecają chinin z żelazem; przedewszystkiém jednak należy krzepić i podtrzymywać siły chorego.

Leki moczopędne napotne lubo niezawsze, jednakowoż czasem wywierają działanie pożądane. Autor radzi co 2 lub 3 dni kąpiel ciepłą lub powietrzną (za pomocą zapalonego wyskoku), obwijanie następne chorych w koce wełniane i podawanie naparu z jaborandy (*Infus. Jaborandi ex 5,00 : 150)*.

Jako środek ostateczny radzą autorowie nakłucie brzucha (*Punctio abdominis)* obok nacinań (*Scarificationes)* skóry, jeżeli puchlina doszła już do zastraszających rozmiarów. Operacyi téj dokonywa się zazwyczaj ze względu na *indicatio vitalis*, podczas gdy ona ma znaczenie wielkiéj doniosłości i zasługuje na to, aby ją wcześnie wykonywać, jak tego domaga się Murchison.

Wczesna bowiem punkcyja nie tylko że ułatwia wykształcenie się krążenia obocznego, co przedewszystkiém na

leży mieć na uwadze, ale nadto zwalnia od nacisku płuca, nerki i jelita ułatwiając wsysanie i wydzielanie, a więc i działanie leków poprzednio zadawanych bez skutku. Nie należy i o tém zapominać, że stosunki wsysania przez cały obszar otrzewnéj polepszają się znakomicie po wczesnéj punkcyi, jak tego dowiódł Wegner na podstawie swych doświadczeń. Murchison radzi dlatego wykonać punkcyję, skoro tylko brzuch miernie zostanie wydęty przez płyn nagromadzony w jamie otrzewnéj, a środki używane nie rozwijają skutecznego działania; zachować jednak należy tę ostrożność, aby resztę płynu pozostawić w jamie otrzewnéj. Wyniki postępowania tego rodzaju mają być dość dobre, a Lyons stwierdza je również na podstawie własnego w tym względzie doświadczenia. Ostatni ten autor robił u jednego chorego 56 punkcyj w odstępach 3—4 tygodniowych i za każdym razem wypuszczał 12—15 kwart płynu; jednakowoż w rok po ostatniéj punkcyi puchlina brzuszna pozostała na tym samym stopniu. Autor rozprawki pochwala również bardzo ten sposób leczenia, widział bowiem jako asystent prof. Naunyna w Królewcu zadowalające wyniki tego postępowania racyjonalnego.

Operacyja jest bardzo prostą i powszechnie znaną, jednakowoż nie należy zbyt jéj sobie lekceważyć, a szczególniéj należy i tutaj korzystać z metody antiseptycznéj, aby się uchronić od zapalenia otrzewnéj zdarzającego się czasami, lub od róży wikłającéj cierpienie samo przez się ciężkię w sposób niebezpieczny. Należy przeto miejsce na skórze brzucha wybrane do nakłócia zmyć mydłem i kwasem karbolowym i użyć trójgrańca również dokładnie oczyszczonego. Murchison używa trójgrańca więcéj płaskiego, rana bowiem przezeń zadana ma się prędzéj goić, niż po użyciu trójgrańca zwykłego kształtu obłego. Zdarza się bowiem czasami, iż rana po nakłuciu pozostała nie goi się zaraz, lecz płyn przez nią wciąż się sączy i właśnie w tych przypadkach łatwo zdarzyć się może zapalenie otrzewnéj.

Chociaż marskość wątroby należy do cierpień sprowadzających śmierć zazwyczaj, to jednak znane są przypadki w literaturze, że cierpienie to zatrzymuje się w swoim rozwoju i dozwala żyć choremu. (Hilton Fagge i Murchison, autor). Wówczas spełnia funkcyję organu pozostała jego część zdrowa, a w obec takich ewentualności zadaniem jest lekarza, ile możności zyskać na czasie i podtrzymywać siły chorego poruczonego jego umiejętnéj opiece. *Obt.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IVte z dnia 27 lutego 1878.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 13.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia, oraz załatwieniu niektórych spraw administracyjnych

1) Sekretarz przedstawił gazowe wody lekarskie uproszczonego składu, wyrobu p. K. Rzący w Krakowie, przyczém wyłożył sposób przyrządzania, skład chemiczny i sposób użycia każdéj z wód przerzeczonych. Obecnie p. Rząca wyrabia według przepisów udzielonych poprzednio przez kom. baln., następne gazowe wody lekarskie: 1) Woda magnezyjowa. W 1000 cz. zawiera 2.0 węglanu magnowego. 2) Woda selcerska przyrządzona według ostatniego rozbioru chemicznego, wykonanego przez Freseniusa w r. 1872. 3) Woda litowa. W 1000 cz. 1,0 węglanu litowego. 4) Woda jodowa. W 1000 cz. 2.0 jodku potasu. 5) Woda alkalowo-potasowa (1000 cz. 1,0 węglanu potasowego). 6) Woda z dwuwęglanem żelazawym w 1000 cz. zawiera 0.0784 téj soli. 7) Woda z pyrofosforanem żelazawym mocniejsza zawiera w 1000 cz. 0.532, słabsza zaś 0.266 téj soli. 8) Szczawa sztuczna żelezista.

Z powodu okazania téj szczawy, powstającéj przez zmięszanie rozczynu dwuwęglanu i siarkanu sodowego gazem wysyconego z rozczynem siarkanu żelazawego prof. Dr. Olszewski namienia, iż nie ma pewności, czy powstaje podczas owego mięszania dwuwęglan żelazawy, albowiem ile razy w rozczynie mamy dwie sole, to nie można stanowczo orzec z jakiemi kwasami zasady się łączą. Mag. farm. Hoff mniema, iż przedmiot ten jako ściśle lekarski nie należy do kom. baln. i dlatego wnosi, aby traktowanie tegoż odstąpić Tow. lek. Przewodniczący prof. Dr. Korczyński natomiast uzasadnia, że rzecz ta ma ścisły związek z zadaniami kom. baln., w skutek czego predmiot roztrząsany wchodzi w zakres działania komisyi. Zastanowić się jednak wypada, czy sprawa przyrządzania gazowych wód lekarskich jest dla celów kom. pożądaną, czy komisyja może zasłaniać swą powagą owe wyroby, lub czy popieranie téj fabrykacyi nie należy ograniczyć do niektórych jedynie wód lekarskich uproszczonego składu. Zdaniem przewodniczącego wody przedstawione nie mogą w żaden sposób rywalizować z rodzimemi wodami lekarskiemi krajowemi, a to z wielu powodów. Najprzód nie są one wodami mineralnemi sztucznemi, w ściślém znaczeniu tego wyrazu. Powtóre lekarze mając zaś ustalone wskazania do użycia wód lekarskich rodzimych nie zaniedbują stosowania tychże w praktyce codziennéj, nie należy wreszcie wątpić o poczuciu obywatelskiém naszych lekarzy, które nakazuje im popierać zdrojowiska i krajowe wody mineralne. Żadne przeto niebezpieczeństwo nie zagraża wodom lekarskim naturalnym z téj strony. Według zdania mówcy przedstawione wody mają istotną wartość. Potrzeba sztucznéj wody selcerskiéj, w obec rozpowszechnionego jéj użycia, tudzież przyzwyczajenia się do niéj publiczności, które nie zezwala zastąpić owéj wody inną choćby nawet skuteczniejszą, jest aż nadto wi oczną. Rodzimėj wody litowéj dotychczas w kraju naszym nie posiadamy; niektóre zaś wody zagraniczne litowe nie zawierają soli litowych w ilości potrzebnéj dla osiągnięcia celów lekarskich. Woda przeto litowa jest szacownym dla lekarza nabytkiem. Wody jodowéj przedstawionego składu (2:1000) nie można porównywać z wodami naturalnemi jodowo-bromowemi. Jest ona stężonym rozczynem jodku potasu, lekiem w ściślém znaczeniu Wiadomo zaś, że chorzy częstokroć tylko przez krótki czas dobrze znoszą zwyczajne wodne rozczyny jodku potasu, gdy tymczasem takież same rozczyny bezwodnikiem węglowym wysycone chorzy wybornie znoszą nawet przy dłuższém ich użyciu. Popierając gazową wodę jodową postępujemy zgodnie z zasadami umiejętności i popieramy jednocześnie przemysł krajowy. Daléj woda alkalowo-potasowa ma ważne znaczenie. Z fizyjologii odżywiania wiadomo nam, jak wielką rolę odgrywają sole potasowe w sprawie przemiany materyi, o wiele donioślejszą aniżeli sole sodowe. W najnowszych czasach zwrócono uwagę, iż dowóz soli potasowych w pożywieniu mieszkańców wielkich miast jest niedostateczny i że w ich ustrojach czuć się daje brak soli potasowych, z powodu spożywania jarzyn i owoców w skromnych ilościach. Otóż przez spożywanie takiéj wody potasowéj wzmocnić można dowóz soli potasowych do ustrojów ludności miejskiéj. Jest więc ona ważnym środkiem dyjetetycznym, a zarazem ochronnym od zołz i gnilca, powstających ze zboczeń w mięszaninie soków. Użycie przeto takiéj wody potasowéj ma umiejętną podstawę. Woda z pyrofosforanem żelazawym powszechnie bywa u nas używaną. W tym celu sprowadzają ją w znacznych ilościach z Wrocławia i innych miast niemieckich. Wolno więc zapytać się, dlaczego takiéj wody niemamy w kraju wyrabiać, témbardziéj iż woda przez p. Rzącę przyrządzana odznacza się dobrym smakiem i dobrocią. Inne przedstawione tutaj wody, mianowicie żeleziste, nie wyrugują z użycia wód naturalnych tego samego rodzaju. Na pochwałę również zasługuje pomysł przyrządzania gazowéj wody gorzkiéj, według składu chemicznego węgierskiéj wody gorzkiéj ze zdroju Franciszka Józefa. Przez nasycenie bezwodnikiem węglowym (CO_2) rozczynu siarkanu sodowego i magnowego wodę gorzką, tak często u nas używaną, czyni się nie tylko smaczniejszą ale co ważniejsza strawniejszą, to jest łatwiejszą do przy-

*wojenia. Z tych powodów Kom. balneologiczna ma nie tylko prawo ale i obowiązek omawiania sprawy przyrządzania gazowych wód lekarskich, tudzież popieranie wyrobów tego rodzaju, które w żadnym razie nie zdołają uszczuplić używania i sprzedaży wód mineralnych naturalnych. Mag. farm. Hoff przypomina zasadę przyjętą w hidrochemii i w nauce o przyrządzaniu wód mineralnych sztucznych, że należy w zupełności naśladować skład chemiczny wód rodzimych do najdrobniejszych szczegółów. Wody wyrobu p. Rzący nie są przeto wodami mineralnemi. Ze względów ekonomicznych należałoby sztucznie naśladować u nas wody z zagranicy sprowadzane za drogie pieniądze, mianowicie wodę Vichy i wodę selcerską. Dr. Warschauer zgadza się z wywodami przewodniczącego i przyznaje, że wyroby p. Rzący mogą pozyskać uznanie i rozpowszechnienie. Nie zachęcałby jednak tegoż do wyrabiania wody jodowéj, ponieważ ona jest lekiem w ściślém znaczeniu, którego woli używać według przepisów magistralnych. Przyznaje daléj, że przez wyrób gazowych wód lekarskich uproszczonego składu zdrojowiska nasze nie stracą. Zastrzega jednak, aby wody owe były wyrabiane według stałych prawideł. Prof. Dr. Korczyński: Popierając wyroby tutaj przedstawione postępujemy w myśl uchwały Tow. lek., które postanowiło zająć się rozwojem przemysłu rzeczy lekarskich i w tym celu wybrało osobną komisyję. Postępujemy sobie bardzo skromnie w porównaniu z najpoważniejszemi zagranicznemi ciałami naukowemi, które jak np. akademija lekarska w Paryżu, przyznaje dyplomy wynalazku wyrobom farmaceutycznym, jeżeli te odpowiadają wymogom umiejętności Tym sposobem ciała te skutecznie popierają cele ekonomiczne. Dr. Ściborowski w odpowiedzi p. Hoffowi oświadcza, iż z lekarskiego stanowiska nie koniecznie potrzeba, aby sztuczne wody lekarskie zawierały wszystkie składniki wykazane przez rozbiór chemiczny w wodach rodzimych. Daléj zgadza się na wyrabianie sztucznéj wody Vichy. Prof. Dr. Korczyński nie radzi zachęcać p. Rzący do fabrykacyi sztucznych wód mineralnych w ściślém tego słowa znaczeniu. Możnaby go tym sposobem narazić na straty materyjalne, za które ciężyłaby odpowiedzialność na kom. baln. Dr. Lutostański wyłuszcza korzyści wynikające z użycia sztucznych wód żelezistych zwłaszcza sztucznéj szczawy żelezistéj, którą uważa za najodpowiedniejszy sposób podawania żelaza; zawiera ona bowiem świeżo wytworzony dwuwęglan żelazawy, niemal w chwili spożycia wody. Dozowanie przy użyciu téj wody jest ściśle i łatwe. Daléj odczytuje cennik wód lekarskich wyrobu p. Rzący i wykazuje ich taniość w porównaniu z wyrobami zagranicznemi. Wreszcie Dr. L. czyni wniosek, aby kom. baln. przekonała się o ilości żelaza zawartego w wodach żelezistych p. Rzący. Wniosek ten komisyja przyjmuje i prosi prof. Dra Olszewskiego o to oznaczenie. Dr. Domański namienia wyższość naturalnych wód mineralnych nad sztucznemi, przyznając pierwszym odmienne i dokładniejsze działanie. Wychodząc z tego stanowiska mniema, że kom. baln. nie powinna popierać fabrykacyi sztucznych wód mineralnych w ściślém znaczeniu lub kogokolwiek zachęcać do takiéj fabrykacyi. Wyrobów p. Rzący nie uważa za sztuczne wody mineralne, lecz w myśl przewodniczącego za przetwory lekarskie *sui generis*, oświadcza się przeto za popieraniem wyrobów p. Rzący. Mag. farm. Hoff zaleca wyrabianie wody gazowej z cytrynianem żelazawym.

2) Następnie prof. Dr. Olszewski odczytuje rozprawę pod napisem: Rozbiór chemiczny wody lekarskiéj w Głębokiém. Wynik rozbioru jest następujący:

Woda z czterech zdrojów A. B. C i D w 1000 cz. zawiera

Nazwa zdroju	A.	B.	C.	D.
Węglanu sodowego	0·61788 gm.	0·84552 gm.	1·10568 gm.	1·00812 gm.
Węglanu wapniowego	0·44274 „	0·54171 „	0·60202 „	0·54121 „
Węglanu magnowego	0·15004 „	0·28200 „	0·31483 „	0·28016 „
Węglanu żelazawego	0·01135 „	0·01407 „	0·00733 „	0·01135 „
Chlorku sodu	0·02923 „	0·02923 „	0·02923 „	0·03214 „
Kwasu krzemowego	0·01598 „	0·02116 „	0·02249 „	0·02367 „
Ogólna ilość składników stałych	1·26722 „	1·73369 „	2·08158 „	1·89665 „
Odejmując CO_2 połączony z FeO w ilości	0·00306 „	0·00506 „	0·00278 „	0·00430 „
Pozostaje składników stałych	1·26416 „	1·72863 „	2·07880 „	1·89235 „

Nazwa zdroju	A	B	C	D
Składników stałych znaleziono według 1)	1·27300 „	1·73000 „	2·07500 „	1·88100 „
Kw. węglowego potrz. do utw. dwuwęglan.	0·53297 „	0·74214 „	0·88458 „	0 80770 „
Kw. węglowego istotnie wolnego	nieoznacz.	1·10072 „	nieoznacz.	0·50160 „
Kw. siarkowego	ślad	—	—	mały ślad
Ciężar gatunkowy	1·00166 gm.	1·00225 gm.	1·00263 gm.	1·00244 gm.

Dr. Zieleniewski dziękuje prelegentowi za piękną pracę, wykonaną własnym trudem i nakładem, która zaznajamia nas z chemicznym składem wód lek. w Głębokiém, którego w przybliżeniu nawet nie znaliśmy; między zaś ludem istniało przekonanie, że zdroje owe są zdrojami siarczanemi. Dr. Z. czyni wniosek, aby dokładny i ścisły rozbiór odłożyć aż do chwili uporządkowania i ujęcia zdrojów. Na wniosek przewodniczącego kom. baln. wyraża prof. Dr. Olszewskiemu podziękowanie. Dr. Ściborowski oświadcza, iż woda ze zdrojów w Głębokiém jest szczawą alkalową żelezistą znacznie słabszą od wody ze zdroju Szymona w Szczawnicy.

Mag farm. Hoff zapytuje się czy w okolicy nie ma iłów solonośnych i trachitów, oraz czy istnieje do zdrojów dopływ wody słodkiéj zaskórnéj, na co odpowiada prof. Dr. Olszewski że dopływ ten według Dra Trembeckiego ma istnieć, trachitów zaś nie spostrzegał. Prof. Dr. Korczyński przypomina, iż sprawę zdrojów w Głębokiém przekazała kom. baln. Akademija Umiejętności do załatwienia. Zdroje w mowie będące mają już przyznany okręg ochronny. Obecnie są one własnością gminy, od któréj podobno ma zamiar nabyć zdroje pewien przedsiębiorca. Należy więc uprzedzić gminę o wartości leczniczéj zdrojów a następnie dopiero ogłosić pracę prof. Dra Olszewskiego w rocznikach komisyi fizyjograficznéj. Wnioski te komisyja uchwala.

Dr. Lutostański sekretarz.

VI. Sprawozdanie o Zjeździe psychijatrów we Wiedniu.

Podał Dr. A. J. Laskiewicz-Friedensfeld.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31.)

Radca zdrowotny prymaryjusz Dr. Gauster odczytuje krytyczną swą pracę o statystyce i leczeniu obłąkanych w państwie austryjackiém. Sposób leczenia obłąkanych w zakładach i klinikach jest bardzo niepewny. Zaprowadzono tablice, w których różne nazwiska chorób są zapisane, ponieważ różni autorowie rozmaicie choroby umysłowe dzielą; nie ma też w nich całkowitego rodowodu a wiek, stan, zajęcie chorych wpływa na powstawanie choroby, na rokowanie i na śmiertelność; często chorzy kilka razy wstępują do zakładów; a więc liczb chorych nie należy po prostu dodawać; trudności w leczeniu chorych są następnie wielkie tak na wsi, jak w miastach większych; na wsi trudno żądać od naczelnika gminy, aby wiedział, kto jest obłąkanym; w miastach często ukrywają w familii chorych na umyśle członków. Według takich wykazów mało wiarogodnych w Cislitawii ma być 3454 chorych w zakładach i 1600 po za zakładami, a sama Galicyja ma mieć nie więcéj niż 1436 chorych albo 1 chorego na 2503 ludzi. W Czechach przypada 1 chory na 1170 ludności, w Morawii 1 na 1323, w Tyrolu 1 na 489, w Salzburgu 1 na 416. Powątpiewać należy, czy w rzeczy saméj w Galicyi jest tak mało umysłowo chorych, lub czy ów rażący niestosunek nie polega raczéj na niedokładném obrachowaniu, gdyż prusacy mają w prowincyjach polskich prawie ten sam stosunek chorych co i w innych swych

prowincyjach. W r. 1873 zaprowadzono w Prusach liczenie według t. zw. kartek liczbowych (*Zählblättchen*), a wtedy większą znaleziono liczbę chorych, a mianowicie stosunek 1 na 600, a nawet 1 na 450. Znany statystyk Dr. Gutstätdt sądzi jednak, że więcéj nawet jest umysłowo chorych. Pożądaném byłoby, aby i w Austryi liczono obłąkanych za pomocą owych kartek. Wnioskodawca proponuje, ażeby tablice statystyczne dla zakładów przerobiono i poddano pod kontrolę psychijatrów.

W dyskusyi prof. Krafft-Ebing całkiem się zgadza z tym wnioskiem. Dyr. Schlager zwraca uwagę, że na mocy dawniejszych przepisów otaczający chorego na umyśle powinni byli donosić władzom o chorobie. Atoli ustawą z r. 1852 zniesiono prawie ów obowiązek; lekarz zaś praktyczny tajemnicy chorych wyjawić nie powinien, a więc nie może przyczynić się do statystyki. Statystyk Schimmer (z ministerstwa spraw wewnętrznych) oświadcza, że już przygotowuje wszystko co należy do obliczenia ludności aż do r. 1880 Używa kartek familijnych i osobowych (*Zählblättchen*). Radca namiestnictwa Dr. Karajan oświadcza, że właśnie ma zamiar obliczyć w dolnéj Austryi, nietylko niewidomych, głuchych, ale i obłąkanych, jakotéż i kretynów. Familije są obowiązane zdać sprawę o stanie zdrowotnym swych członków; są one do tego zresztą przyzwyczajone, bo podczas chorób nagminnych ubodzy nie otrzymują leków bezpłatnie lub innéj pomocy materyjalnéj, skoro nie donieśli o wybuchu w ich domu choroby zakaźnéj. Okręgi mniejsze i większe prowadzą osobne księgi o niewidomych, głuchych, obłąkanych i idyjotach. Każdy zakład dla obłąkanych powinien obecnie donieść o przyjęciu chorego w ciągu 24 godzin; sądy wyznaczają kuratora dla każdego dłuższy czas chorującego obłąkanego, prowizorycznie zaś dla tych chorych, którzy w krótkim czasie wyzdrowieć mogą. Prof. Meynert nie zgadza się z tém, ażeby wszyscy lekarze w zakładach dla obłąkanych obowiązani byli donosić o wszystkich swych chorych, gdyż oni zarazem mają i praktykę prywatną, w któréj powinni zachowywać tajemnicę. Przeciwnie obowiązkiem lekarzy jest starać się o to, aby np. prasie zabroniono publiczności donosić codziennie, że ta lub owa osoba popadła w obłąkanie. Obowiązkiem zaś jest lekarzy okręgowych i miejscowych prowadzić księgi o chorych swych okręgów, a więc i o obłąkanych. Statystyk Rossidal zgadza się, aby dla sprawdzenia statystyki lekarskiéj a przeważnie psychijatrycznéj szukano pomocy psychijatrów. Krafft-Ebing wspomina, w jak przestraszającym stanie chorzy czasem przychodzą do zakładów; przypadki przypominające Barbarę Ubrykównę zdarzają się jeszcze nie tylko po wsiach ale i po miastach.

W końcu Zgromadzenie przyjmuje następujące wnioski: 1) tablice statystyczne w zakładach należy zmienić. 2) Należy wszędzie w miastach i wsiach znać dokładnie stan chorych i stosunek ich do liczby mieszkańców, należy w powiatach i okręgach utrzymywać księgi dla niedołężnych obłąkanych, których rodzaj choroby przez lekarza powiatowego rozpoznany wypada zapisywać. 3) Celem stósownego liczenia obłąkanych należy wybrać komitet, w skład którego wchodziłby psychijatra. Liczenie obłąkanych odbywać się powinno według dawnego, zmodyfikowanego sposobu. 5) Psychijatrzy mają statystykę kontrolować.

Na trzeciém i ostatniém posiedzeniu prof. Dr. Meynert wykładał: „o koniecznéj potrzebie obznajomienia się praktycznego lekarza z psychijatryją i o obecnym stanie wykładu téj nauki w Austryi.“ Ponieważ wiadomości psychijatryczne między lekarzami są obecnie u nas mało jeszcze rozpowszechnione, więc świadectwa o chorych oddawanych do zakładów lub klinik psychijatrycznych najczęściéj bardzo są niedostateczne, a czasem lekarze nie są w stanie nawet rozstrzygać, czy chorego należy oddać do zakładu lub nie. Według ustawy z r. 1873 mogą kandydaci w każdéj wszechnicy składać egzamin rządowy, a więc i w takich uniwersytetach, gdzie nie ma kliniki psychijatrycznéj; od kandydata wymaga się tylko, aby przez 3 miesiące brał udział w wizytach w zakładzie, co jednak wcale nie jest dostateczném. Studenci obciążeni mnóstwem innych przedmiotów wcale nie uczęszczają na wykłady psychijatryi. Prelegent wnosi więc pomiędzy innemi co następuje: Zgromadzenie zgadza się, że świadectwa przez lekarzy praktycznych wydawane najczęściéj są bardzo błędne, że w ogóle wszyscy lekarze winni uczyć się psychijatryi i z przedmiotu tego składać egzamin ścisły, a prof. Kraft-Ebing sądzi, że przedewszystkiém należy uważać aby uczęszczanie na psychijatryję nie zanadto dużo zabierało czasu, a ponieważ większe zakłady ze względów sanitarnych niekiedy oddalone są od wszechnic, więc pożądaném by było rozpowszechnienie stacyj obserwacyjnych w połączeniu z kliniką psychijatryczną w samych szpitalach większych, w których mieścić się winny świeże albo szczególnie pouczające przypadki. We wszystkich wszechnicach należy urządzić kliniki i katedry psychijatryi. Poczém wnioski Meynerta przyjęto.

Następuje wykład prof. Schlagera: O dzisiejszym stanie prawodawstwa dla obłąkanych w Austryi. Umysłowo chorzy powinni doznawać opieki prawa w swych materyjalnych stosunkach. Ustawy nasze tyczące się obłąkanych są bardzo niedostateczne, są porozrzucane po różnych kodeksach. 1838 we Francyi ułożono t. zw. ustawę o obłąkanych, w Holandyi i w Belgii w r. 1841; w Szwajcaryi t. zw. prawo genewskie w r. 1832; 1848 w Norwegii; 1832 w Rosyi; 1850 w Szwecyi; najsłynniejsze są przepisy angielskie. W r. 1802 pierwsze pojawiły się w Austryi rozporządzenia, tyczące się tego przedmiotu, uzupełniono je w r. 1811; §. 21 kodeksu cywilnego ustanawia opiekę nad obłąkanymi, a §. 127 również zajmuje się tymi chorymi. Zgromadzenie przyjęło następujący wniosek: przepisy tyczące się obłąkanych należy uzupełnić i zebrać w jedną ustawę, do jéj przygotowania należy wyznaczyć komisyję z psychijatrów.

Wreszcie prof. Schlager mówił o doświadczeniach nad bezprzymusowym sposobem leczenia w zakładach austryjackich. Najpierw w Anglii już przed 40 laty znakomity psychijatra szkocki Conolly wprowadził system ten w życie, który jak wiadomo dotąd ma jeszcze przeciwników. W Austryi Dr. Spurzheim, dyrektor zakładu w Ybs, późniéj w Wiedniu, pierwszy sposób ten nowy zaprowadził. Przeciwnicy nowego systemu przyznali, że przy nim mniéj chorych umiera, więcéj bywa wyleczonych, w ogóle więcéj przybywa chorych do zakładów. Zakłady, w których system no restraint jest zaprowadzony, muszą lepsze chorym dawać pożywienie, bo inaczéj zadowolenia chorych zyskać nie można i leczenie nie bardzo byłoby skuteczne. Ruch dla chorych i świeże powietrze jest przy tym sposobie koniecznym, a gdzie tego brakuje, tam, jak np. pod Gracem, Krafft-Ebing stary system zatrzymać musiał. Przepełnienie zakładów najbardziéj szkodzi nowemu sposobowi.

Dyr. Hornung obszernie rozwodzi się nad opisem systemu leczenia i obchodzenia się z chorymi w Ybs, i sądzi, że zakłady należy w odpowiedni sposób budować. Prof.

Meynert sądzi, że nie tylko dobra usługa ale i organizacyja należyta lekarska przyczynia się do porządku w zakładzie. Krafft-Ebing mniema, że w wielu przypadkach niezbędnie potrzebne są środki przymusowe, ażeby np. chory mógł poziomo leżeć, przezco niedokrewność mózgu znika, oraz celem zachowania sił chorego, a więc w obec samogwałtu. Dr. Smoler twierdzi, że przy systemie bezprzymusowym częstsze są przypadki nieszczęść, i tak w jego zakładzie chory siekierą zabił posługacza, chora wydłubała sobie oczy.

Po krótkiéj rozprawie w której brali udział proff. Meynert, Schłager, Leidesdorf, prym. Gauster, prof. Krafft-Ebing i Dr. Jellinek, przyjęło zgromadzenie zmodyfikowany przez ostatniego wniosek prof. Schlagera: zgromadzenie zgadzając się z zasadami nowego sposobu leczenia chorych, wyraża życzenie, aby leczenie to bezprzymusowe zaprowadzone było we wszystkich zakładach austryjackich. Większość oświadczyła się za nie absolutnie bezprzymusowém leczeniem chorych; Krafft-Ebing oświadczył się za leczeniem przymusowém.

Przewodniczący prof. Schlager zamykając posiedzenia Zjazdu dziękuje zgromadzeniu za gorliwy udział, wynurzając życzenie marszałka kraju, aby psychijatrzy co rok się zjeżdżali. Zjazd zakończył się 27 lipca bankietem w zakładzie dla obłąkanych, a 28 lipca z powodu zamknięcia wystawy odbył się bal dla chorych zakładu.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, d. 15 sierpnia. Ze szpitala garnizonowego we Wiedniu wysłano ostatniemi dniami kilku zdolniejszych lekarzy wojskowych do Bośnii i Hercogowiny. Do szpitali garnizonowych w Budapeszcie, Gracu i Celowcu przybyło już kilkuset żołnierzy, którzy jeszcze przed przejściem granicy zachorowali; rannych dotąd w szpitalach tych niema.

* Według nadesłanych nam wykazów od otwarcia zakładu do d. 3 b. m. bawiło w Krynicy gości 1517, a w Cieplicach czeskich do d. 7 b. m. 8268.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 31 (od 28 lipca do 3 sierpnia) umarło w Krakowie osób 37; mężczyzn 20 i kob. 17; w obwodach 15 i w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 31.3. Z chorób zakaźnych zmarło w tymże czasie 7 osób, mianowicie: z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 1, z ropnicy 2, z róży 1, z czerwonki 1.

* **Wiedeń**. Rada gminna uchwaliła nadać jednéj z ulic przedmieścia Alservorstadt nazwy „ulicy Rokitańskiego." — Delegatami i sprawozdawcami z czynności Zjazdu dla służby wojskowéj polnéj w Paryżu minister wojny zamianował lekarza sztabowego Neudörfera i redaktora Wittelshöfera.

* **Berlin**. Prof. Virchow wzbrania się przyjąć obecnie mandat poselski do Sejmu niemieckiego, a na naleganie wyborców berlińskich odpowiedział, że jako uczony więcej działać może, aniżeli jako poseł w sejmie niemieckim.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dyrektor zakładu dolnoaustr. dla obłąkanych we Wiedniu prof. Dr. Schlager w uznaniu zasług otrzymał tytuł radcy rządowego. — Posadę prymaryjusza w szpitalu św. Rocha w Budapeszcie, opróżnioną z powodu śmierci prof. Kovacsa, otrzymał prof. Navratil, posadę zaś, którą ostatni dotąd piastował w szpitalu barakowym, otrzymał Dr. Janny, uczeń Billrotha. — Prof. Spiegelberg wybrany został na rok przyszły rektorem uniw. wrocławskiego. — Drowie Bonnet, Sir Fayrer i prof. Lister zamianowani zostali przez uniwersytet w Edymburgu honorowymi doktorami prawa.

* **Nekrologija**. W Monachijum † Dr. Ludwik Mayer, docent chirurgii, licząc lat 39. — W Brukseli † Dr. Lausseat, redaktor czasopisma *l'art médical.*

d

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Zygmunt Dzikowski opuściwszy Morszyn powrócił na stały pobyt do Kałusza.

Redakcyja otrzymała:

Dra Jana STELLI-SAWICKIEGO, Inspektora szpitali krajowych we Lwowie: Stan obecny spraw zdrowotnych w Galicyi z zakresu autonomicznego. (Osobne odbicie z Dwutygodnika med. publ. 1878.) in 8vo, str. 15.

Piśmiennictwo lekarskie. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Zweite völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage, Zweiter Theil. Berlin 1878. A. Hirschwald. Duża 8ka str. IX. 718.

Zawiera szczegółową patologiję i terapiję układu nerwowego według podziału anatomicznego.

Z pracy téj wkrótce osobno zdamy sprawę.

A. POLITZER: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für practische Aerzte und Studirende. 1 Band. Mit 106 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart 1878. Enke. Duża 8ka str. XII. 372. 10 m.

Sprostowanie. W Nr. 31 str. 389 w. 17 od dołu zamiast 5.08 czyt. 0,08. — W Nr. 32 str. 400 w. 9 od góry zam. Już po wstrzyknięciach, czytaj Już po 5 wstrzyknięciach.

Z powodu niedyspozycyi zecera numer niniejszy spóźnił się o dzień jeden.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 441.

KONKURS.

Wydział powiatowy Podhajecki rozpisuje konkurs na prowizoryczną posadę lekarza ordynującego przy szpitalu powszechnym w Staremmieście przy Podhajcach, stabilizacyja téj posady co najmniéj po roku praktyki nastąpić może. Na mocy reskryptu wys. Wydziału krajowego z dnia 10go lipca b. r. L. 36638 mogą kompetować o tę posadę tylko Panowie Drowie wszech nauk lekarskich, albo Doktorowie medycyny i chirurgii; pensyja oznaczona budżetem przez Radę powiatową 500 złr. rocznie, termin wnoszenia podań do kancelaryi Wydziału powiatowego oznacza się do 20 sierpnia b. r.

Z Wydziału Rady powiatowéj
w Podhajcach 25go lipca 1878.
J. Kozicki.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.